

ANNÉE 1963.

THÈSE

N° 930

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-René SIAUD

né le 2 juillet 1936 à Bois-Colombes (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 19⁶³

A PROPOS D'UN CAS
DE LIPOME RETRO-PERITONEAL.

Président :

Mr. BARIETY,

Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-René SIAUD

né le 2 juillet 1936 à Bois-Colombes (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS
DE LIPOME RETRO-PERITONEAL.



Président :

Mr. BARIETY,

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER

2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
	{ BINET (L.)
Physiologie	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	{ LEPAGE (F.)
	{ DOGNON (A.)
Physique médicale	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	Beaujon
	Cochin
	Cochin
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	MILLIEZ (P.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Cliniques obstétricales	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEROT (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	GARCIN (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LACOMME (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MERGER (R.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	RENARD (G.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	MARIE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	BERNARD (E.)
Clinique toxicologique	MICHAUX (L.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	COSTE (F.)
Sémiologie médicale	DECHAUME (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	ROUX (M.)
Clinique urologique (Necker)	LEMAIRE (A.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Orthopédie	JUDET (R.)
	COUINAUD (C.)		MEARY (R.)
	GILLOT (C.)		POSTEL (M.)
	OLIVIER (G.) pr. s. ch.		RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	ABELANET (R.)		PIALOUX (P.)
	CHOMETTE (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.		LAPIERRE (J.)
	NEZELOFF (Ch.)		
	ORCEL (L.)		
Anesthésiologie	PAILLAS (J.)		BARGAT (J.)
	KERN (E.)		BINET (J.-P.)
	VOURC'H (G.)		CERBONNET (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.)		CHATELIN (C.-L.)
	pr. s. ch.		DUBOST (Ch.)
	CHRISTOL (D.)		DUBOST (Cl.)
	LE MINOR (L.)		FAUREL (J.)
	TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf.		GARBAY (M.)
	BOURILLON (R.)		GARNIER (H.)
	CARTIER (P.)		(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	DREYFUS (J.-Cl.)		GERMAIN (A.)
	GONNARD (P.)		LATASTE (J.)
	KRUH (J.)		LOYGUE (J.)
	JEROME (H.)		MERCADIER (M.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		NATALI (J.)
			PELLERIN (D.)
Carcinologie	BOIRON (M.)		PERROTIN (J.)
	DENOIX (P.)		ROBERT (H.)
	MATHE (G.)		THOMERET (G.)
	SELIGMANN (M.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.)		
	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		BERTHAUX (P.)
			BOIVIN (P.)
Hématologie	BESSIS (M.)		CROSNIER (J.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)		HARTMANN (L.)
	DAUSSET (J.)		LÉPER (J.) Pr. s. ch.
	DUHAMEL (G.)		MAURICE (J.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch.		MIKOL (Cl.)
	MAROIS (M.)		RICHTER (G.)
	RACADOT (J.)		AUSSANNAIRE (M.)
Hydrologie	BESANÇON (F.)		BOUVIER (J.)
	CORNET (A.)		BOUVRAIN (Y.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch.		BRIGAIRE (H.)
	BLANCHER (G.)		BRISAUD (H.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)		BROCARD (H.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)		BUGE (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch.		CATINAT (J.)
	DUPONT (V.)		CHRÉTIEN (J.)
Médecine légale	FOURNIER (E.)		COBLENTZ (B.)
	GUENIOT (M.)		CONTAMIN (F.)
	HADENQUE (A.)		COURY (C.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)	Pathologie médicale	ÉTIENNE (J.-P.)
	PERTUISET (B.)		FREZAL (J.)
Neuro-chirurgie	LAPRESLE (J.)		Fritel (D.)
			HENNEQUET (A.)
Neurologie	GRANJON (A.)		HIMBERT (J.)
	HERVET (E.)		HOUSSET (E.)
	LE LORIER (G.)		LAROCHE (Cl.)
	LEVY (J.)		LESOBRE (R.)
	MORIN (P.)		LEVEQUE (B.)
	MUSSET (R.)		MACREZ (G.)
	ROBEY (M.)		MOREAU (L.)
	SENEZE (J.)		NICK (J.)
	SUREAU (C.)		ROYER (P.)
	TROYER-ROZAT (J.)		TOURNEUR (R.)
Obstétrique	BRÉGEAT (P.)	Pédiatrie-Puériculture	WOLFROMM (R.)
	DUBOIS (A.)		
	SARAUX (H.)		LAFOURCADE (J.)
			LEPERCOQ (G.)
			MANDE (R.)
			MOZZICONACCI (P.)
			POLONOVSKI (C.)
			ROSSIER (A.)
			VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHÉ (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique . .	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

A qui je dédicace cette thèse
avec mon affection et mon
respect.

A mes Soeurs,

A ma Tante,

A mes Amis.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur BARIETY

Professeur de la Chaire de

Chirurgie Médicale à l'Hôtel Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Je le remercie d'avoir bien
voulu me faire l'honneur de
présider cette Thèse.

A Monsieur le Docteur MILLOT

Chef de Service à L'Hôpital Notre Dame
du Perpétuel Secours

A Monsieur le Docteur LEBouc

Assistant à l'Hôpital Notre Dame du
Perpétuel Secours

A Monsieur le Docteur MIROUX

Attaché à l'Hôpital Notre Dame du
Perpétuel Secours

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur BLONDIN

Monsieur le Professeur MICK

Monsieur le Professeur MEHOUDEAU

Monsieur le Professeur ROSSIER

Monsieur le Professeur RAMBERT

Monsieur le Docteur CANIVET

Monsieur le Professeur CACHIN

Monsieur le Professeur DECOURT

- INTRODUCTION -

Les lipomes rétro-péritonéaux sont connus depuis longtemps, puisque déjà au XVIIIème siècle, MORGAGNI en citait un cas. Mais leur fréquence n'est pas très importante. Les traités et les encyclopédies les mentionnent en quelques paragraphes assez brefs, et nos connaissances à leur sujet, sont dues, pour une grande part, à des communications isolées, rapportant un ou plusieurs cas, et insistant le plus souvent sur un point particulier de la question.

L'observation que nous allons rapporter a comme avantage pour nous, d'avoir pu être suivie depuis le dépistage de la maladie jusqu'à la guérison.

Après l'étude de cette observation, nous nous efforcerons de donner une vue d'ensemble sur les lipomes rétro-péritonéaux, en étudiant plusieurs aspects de ceux-ci :

- leur histoire
- leur définition et leur classification
- leur étiologie
- les problèmes diagnostiques, clinique, radiologique et différentiel
- leur évolution
- leur traitement.

Puisse notre modeste contribution servir à ceux qui s'intéressent à cette affection, "encore actuellement considérée comme une curiosité" (WIRTH).

- OBSERVATION -

Monsieur R., âgé de 49 ans, manutentionnaire, est admis à l'hôpital de N.D. du Perpétuel Secours le 25-10-60 pour masse abdominale découverte quelques jours auparavant, lors d'une visite d'embauche dans une usine de télévision.

Ce malade a un lourd passé pathologique et reprenait un travail après une interruption de plusieurs années : tuberculose pulmonaire bi-latérale ayant nécessité une hospitalisation à St. Louis en août 53 et une cure de 4 ans de sanatorium. Il avait reçu des doses importantes de Rimifon, Streptomycine, P.A.S.

Peu de temps après, il a présenté un épisode rhumatis-mal mal étiqueté, qui a occupé les années 1959 et 1960.

Lorsque nous voyons le malade, l'interrogatoire ne re-trouve aucune douleur abdominale; une asthénie importante de-puis cinq mois est notée, ainsi qu'un amaigrissement de cinq kilogs en trois mois, s'accompagnant paradoxalement d'une augmentation progressive du tour de taille notée depuis un an : une température vespérale à 38 est constatée, pendant une se-maine.

L'appétit reste conservé, il n'existe pas de constipation, mais au contraire une augmentation de la fréquence des selles, mais celles-ci ne sont pas d'aspect diarrhéique. Le malade se plaint parfois d'une sensation de plénitude abdominale.

Aucun trouble fonctionnel, urinaire ou respiratoire n'est trouvé.

Ce qui frappe au premier abord, c'est l'aspect fatigué du malade, son teint terreux et la proéminence de son abdomen.

La présence d'une masse abdominale est facilement per-que. Elle est de consistance dure, légèrement sensible à la pres-sion, sa surface en est lisse, elle est assez régulièrement ova-laire, à grand axe transversal. Elle est mate à la percus-sion. Elle s'est développée essentiellement à gauche de la ligne médiane où elle est mal limitée, dans l'hypocondre et le flanc gauches. Elle est très bien limitée en bas et à droite. Les fosses lombai-res sont sensibles mais le contact postérieur n'est pas retrouvé. Le toucher rectal en perçoit la limite inférieure, très postérieu-re contre la concavité sacrée.

On note l'absence de signes de compression : pas d'oedème des membres inférieurs, pas de circulation collatérale, pas d'ascite. Le foie est de volume normal. Les examens cardiovasculaire et neurologique ne retrouvent aucune anomalie.

Des ganglions durs, mobiles, de petite taille sont retrouvés dans les creux axillaires et inguinaux. Le prélèvement biopsique en montrera le caractère banal.

L'auscultation des poumons perçoit une zone de silence respiratoire dans l'aisselle droite et des râles sibilants dans les deux champs pulmonaires. En fait, les examens de crachats ont révélé l'absence de B.K., la radio pulmonaire n'a montré que des images fibreuses cicatricielles. Toute arrière pensée de récidive tuberculeuse semblait exclue, aucune cause ne pouvait expliquer la température un peu élevée, ainsi que l'accélération de la vitesse de sédimentation (41 mm à la première heure).

Les clichés gastriques ont montré un estomac refoulé vers le haut, cet organe apparaissait de direction tout à fait horizontale.

Le transit baryté a mis en évidence un refoulement du grêle vers la droite, ce dernier était entièrement situé à droite de la ligne médiane.

Le lavement baryté a montré un colon descendant dévié vers la gauche, un colon transverse déplacé vers le haut et un colon ascendant déporté vers la droite, mais à un degré moindre. Le cadre colique était donc élargi dans son ensemble et de plus refoulé en avant.

L'urographie intraveineuse s'est montrée l'investigation radiologique la plus importante : les uretères étaient à leur place normale, non déviés; la morphologie des calices présentait un aspect habituel; mais le rein gauche était refoulé vers le haut.

D'autre part la valeur fonctionnelle rénale était bonne; le taux de l'urée était de 9,32 gr. Le culot urinaire, le débit-minute d'hématies et de leucocytes ne montrait aucune anomalie. La N.F.S. était strictement normale ainsi que le taux d'hémoglobine.

Au terme de ces examens, le diagnostic de tumeur abdominale rétro-péritonéale, à point de départ dans la moitié gauche de l'abdomen avait été posé, mais il n'avait pas été possible de préciser davantage.

Le malade est envoyé à l'hôpital de la Croix St. Simon; le docteur RENE pratique l'intervention.

Le compte-rendu opératoire a montré qu'il s'agissait d'un lipome : "Dissection facile d'une tumeur pesant plus de 7 Kilos, développée essentiellement à gauche, mais ayant débordé

très largement à droite de la ligne médiane. Vers la base elle atteint la concavité sacrée où elle refoule en avant le rectum. Mobilisation du colon gauche. On repère le rein et son pédicule, ils sont faciles à respecter. L'hémorragie est très discrète (2 flacons de 300 cc suffisent pour compenser, poids pour poids, les pertes sanguines). Aucune chute tensionnelle n'est repérée sur la fiche d'anesthésie. Durée totale de l'intervention : 1 h. 45. La courbe tensionnelle post-opératoire ne montre aucune chute. Les suites opératoires sont très simples".

Le compte-rendu histologique a affirmé le caractère bénin de cette tumeur : "Les fragments (4) examinés présentent une structure homogène. Il s'agit histologiquement d'un lipome, dans lequel on distingue des remaniements fibreux caractérisés par un épaississement des cloisons interlobulaires, et un certain degré d'infiltration myxoïde. Il n'y a aucune image néoplasique sur l'ensemble des sections étudiées ; on trouve en certains points, des foyers de liposclérose consécutifs à des phénomènes de cytotéatolyse."

Le malade sort peu de temps après, en bon état et peut reprendre son travail trois mois après. Il est revenu consulter chaque année, la dernière fois il y a quelques mois ; son état est toujours satisfaisant.

En résumé, le cas que nous avons rapporté dans notre observation se caractérise par :

- l'insidiosité de l'affection
 - l'intérêt énorme de l'urographie intraveineuse
 - la facilité de l'acte chirurgical qu'a nécessité cette tumeur.
 - la bénignité histologique de ce lipome
 - les suites opératoires très satisfaisantes.
-

HISTORIQUE

Les lipomes rétro-péritonéaux sont connus depuis fort longtemps. Nous pouvons distinguer deux étapes :

Dans une première étape, que nous appellerons anatomique, tous les cas furent découverts par des autopsies.

Dans la seconde étape, dite chirurgicale, tous les cas furent recueillis plus précocement en pratiquant des laparotomies; parfois même le diagnostic avait été soupçonné cliniquement.

Le premier cas connu fût celui cité par Morgani en 1771, rapportant une observation de Valsava (lipome survenu chez une femme de soixante ans).

Le second auteur à citer cette affection fût Broca en 1850, le troisième fut Moynier.

Puis viennent les cas isolés de Waldeyer, Pick, Cooper-Forster, Spencer Wells, Pean ...

En 1886, Terrillon donne le premier, un travail d'ensemble sur la question, en rapportant 14 cas.

Adami passant en revue la littérature en 1896, cite quarante deux observations auxquelles il joint deux cas qu'il avait eu personnellement l'occasion d'observer.

Le lipome péritonéal, ainsi dénommé par Terrier et Guillemain en 1892, fût également appelé par Mackiewicz, lipome paranéphrétique, faisant allusion à sa situation la plus courante.

Il faut citer le travail remarquable accompli en 1908 par Proust et Trèves rapportant 89 cas de tumeurs graisseuses, et en donnant une description clinique à laquelle les auteurs modernes n'ont que peu ajouté.

Wahlendorf en 1921 mit l'accent sur la gravité de ces tumeurs : en particulier quatorze pour cent d'une série de 168 cas relevés étaient des liposarcomes.

De nombreux auteurs citèrent d'autres cas (Mayo et Dixon en 1927, Le fur en 1930, et bien d'autres auteurs français).

Farbman en 1950 estima qu'approximativement trois cents cas de tumeurs lipomateuses avaient été rapportés jusqu'à cette date.

En 1952, De Weerd rapporte les 43 cas de lipomes observés à la clinique Mayo de 1910 à 1946, et en brosse un tableau d'ensemble.

Harvard en 1953, publie les 9 observations de masses lipomateuses observées chez des enfants de moins de 8 ans.

DEFINITION

- Au point de vue topographique, il faut délimiter la région rétro-péritonéale :

Elle se trouve derrière le péritoine pariétal postérieur et devant la paroi postérieure et latérale de la cavité abdominale.

Elle est limitée sur les côtés et derrière par le psoas et le carré des lombes, en haut par le diaphragme au niveau de ses insertions postérieures. En bas les limites sont plus lâches du fait d'un tissu conjonctif fluide se continuant avec celui du petit bassin et de la fosse iliaque ; la limite théorique en est fixée au promontoire et à la ligne inominée, séparation normale avec le petit bassin. En fait, les lipomes de siège pelvien entreront dans notre étude.

Dans l'espace ainsi délimité se trouvent les organes suivants :

- les reins et les surrénales, la queue du pancréas, l'aorte abdominale et la veine cave inférieure, le sympathique abdominal, les ganglions lymphatiques et les chylifères, c'est là également que se trouve l'insertion du mésentère. Dans toute la région, du tissu conjonctif et du tissu adipeux se trouvent en grande abondance. Nous ne considérerons que les lipomes rétro-péritonéaux primitifs, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas leur point d'origine à partir des amas graisseux d'un organe environnant normalement développé.

- Au point de vue anatomo-pathologique il ne faut pas restreindre le cadre aux seuls lipomes purs. Tous les intermédiaires existent entre les tumeurs constituées uniquement de tissu adipeux pur et les tumeurs mésenchymateuses à prédominance adipeuse mais contenant d'autres éléments.

Ainsi, il peut s'agir de (statistiques de PROUST et TREVES) :

	(fibro-lipomes	14 cas
	(myxo-lipomes	11 cas
	(myxo-fibro-lipomes	4 cas
	(lipo-myxo-sarcomes	3 cas
	(lipo-myxo-chondrome	1 cas
35 cas	(lipo-fibro-myxo-sarcomes	2 cas
	(tumeurs formées de l'association de plusieurs tumeurs	
	(de nature différente	4 cas
	(lipomes en partie calcifiés	4 cas

pour 17 lipomes purs.

EN RESUME, nous définirons avec LECENE les lipomes rétro-péritonéaux comme des "tumeurs de nature conjonctive dont la masse principale est formée de graisse, et dont un des caractères principaux est de prendre naissance en arrière du feuillet péritonéal pariétal postérieur."

CLASSIFICATION

De nombreuses classifications ont été proposées, basées sur la topographie de la tumeur :

- Lhosa, Jaroslavsky et Yoffe distinguent trois groupes : les lipomes médians naissent devant le rachis et croissent entre les feuillets des mésocolons.

Les lipomes latéraux, les plus fréquents, naissent entre la colonne vertébrale et l'espace rénal, formant des adhérences lâches avec le colon, repoussant le rein en avant ou bien l'englobant. Il se développe entre le mésentère et le mésocolon.

- Ces auteurs englobent les lipomes pelviens dans leur classification. Ils sont les moins fréquents et ils naissent dans le fond du cul-de-sac de Douglas et dans les ligaments larges ou entre le rectum et le vagin ou la vessie.

- Proust et Trèves classent les 78 lipomes dont la topographie avait pu être précisée en trois groupes :

. les lipomes mésentériques se développant entre les deux feuillets du mésentère (28 cas).

. Les lipomes pariétaux simples (14 cas) siégeant le plus souvent au niveau de la fosse iliaque, pouvant adhérer avec

les nerfs 2 cas

les vaisseaux fémoraux 1 cas

l'artère iliaque externe 1 cas

l'appendice et la trompe 1 cas

Ils peuvent envoyer un prolongement qui s'insinue par l'anneau crural : 2 cas.

Ils peuvent occuper le plancher pelvien : 1 cas,

Ils peuvent dédoubler le ligament large : 3 cas.

. les lipomes périrénaux les plus fréquents (38 cas) se divisent eux-mêmes en :

.. lipomes juxta-rénaux, qu'il est possible d'isoler du rein, car ce dernier est simplement accolé à la masse graisseuse.

.. lipomes juxta-rénaux, qu'il est possible complètement entouré par la tumeur. La néphrectomie sera parfois nécessaire à cause de certaines lésions : enfouissement, luxation, bascule du rein, dissociation du hile, adhérence du rein, de l'uretère, des vaisseaux du hile.

- En fait, beaucoup plus intéressante au point de vue pronostique est la classification histologique. Un seul véritable problème intéressera le malade et le chirurgien : existe-t-il des signes de malignité ?

De Weerd sur 43 cas, trouve seulement 15 lipomes bénins contre 28 tumeurs malignes (liposarcomes). Ces 28 tumeurs considérées comme malignes sont divisées par STOUT en 4 groupes :

. type 1, bien différencié, (13 fois sur 28) consistant en lipoblastes. Ceux-ci sont des cellules plutôt petites, mais régulières, en forme de fuseau, assez semblables aux cellules embryonnaires habituelles. Pas de mitoses présentes. Ce type ne métastase pas.

. type 2, représenté par un tissu plus pauvrement différencié, qui ressemble au premier type. Cependant les lipoblastes sont hyperchromatiques et présentent des mitoses. Ce type est malin et peut donner des métastases (1 cas sur 28).

. type 3, comprenant 8 tumeurs (sur 28) formées de cellules rondes ou de type adénoïdien. Les lipoblastes de ces tumeurs sont bien différents de ceux du type 1 et 2. Le noyau est central, régulièrement arrondi ou ovoïde, les nucléoles sont hyperchromatiques. La taille de ces cellules peut atteindre des dimensions importantes ; le cytoplasme est souvent abondant, contenant des vacuoles remplies de graisse. Cette catégorie de tumeurs métastase.

. type 4, cité 7 fois. Ces tumeurs sont composées des types précédemment cités.

P O I D S

Un caractère primordial : le poids souvent important de ces tumeurs graisseuses. Le record est un lipome pesant 179 livres chez une malade dont le poids était de 275 livres (observation de Delemater, citée par Pack et Tabah).

Des auteurs étrangers

signalent un lipome de 69 livres et de 65 livres.

Waldeyer, Terrillon, Quenu

signalent respectivement des lipomes de 63 livres, 57 livres, 31 livres.

Les tumeurs graisseuses de 10 kilos sont très fréquentes, mais actuellement la majorité des cas publiés concernent des tumeurs de 5 kilogs et moins ; l'exérèse étant pratiquée avant que la masse puisse atteindre ces dimensions considérables.

N O M B R E

Les lipomes sont souvent uniques, parfois multiples (10 cas sur 89). Leur nombre peut être important : 2, 3, 4, 5, ... jusqu'à 15 (Quenu).

L'affection peut prendre le caractère d'une véritable lipose généralisée, réalisant une "néoplasie développée en nappe derrière la cavité abdominale" (Proust et Trèves), occupant alors une place intermédiaire entre les tumeurs et les maladies de système.

Mais tous les cas intermédiaires existent entre lipome unique et lipose généralisée, comme dans l'observation de Dalziel où il s'agissait d'un volumineux lipome occupant toute la région rétro-péritonéale, mais où de plus le rachis était parsemé d'innombrables petits amas de graisse.

INCIDENCES DE L'AGE ET DU SEXE

On observe une nette prédominance à l'âge moyen de la vie. Dans 76 cas (Proust et Trèves) :

1 à 10 ans,	0 cas
11 à 20 ans,	4 cas
21 à 30 ans,	3 cas
31 à 40 ans,	16 cas
41 à 50 ans,	25 cas
51 à 60 ans,	14 cas
61 à 70 ans,	16 cas.

D'autre part, une nette prédominance féminine est signalée par tous. Proust et Trèves : 61 femmes sur 89 observations. Lecène : 70 pour 100 femmes, 30 pour 100 d'hommes. Adair, Pack, Farrior : 73 pour 100 de femmes, 27 pour 100 d'hommes.

La même prédominance féminine chez les enfants est retrouvée : sur 9 observations de lipomes touchant des enfants de moins de 8 ans, 6 étaient survenus chez des filles.

ETIOLOGIE

Elle reste inconnue. Plusieurs théories ont été émises. Selon Ewing, une prédisposition tissulaire semble le facteur essentiel à l'origine de la plupart des lipomes. "Cette prédisposition peut prendre la forme d'un trouble du développement du tissu adipeux."

En considérant les lipomes développés chez les enfants, cette théorie semble valable dans un certain nombre de cas. En effet, dans les neuf observations étudiées par Harvard, les tumeurs étaient présentes dès les premiers moments de la vie dans cinq cas.

Les lipomes se développant souvent très lentement, il n'est pas inconcevable que quelques unes des tumeurs notées à l'âge adulte aient commencé leur développement dans l'enfance.

Voisine de cette théorie, est l'idée émise par d'autres auteurs qui considèrent les lipomes comme des restes embryon-

naires mésenchymateux retro-péritonéaux, voire comme des restes épithéliaux wolffiens.

En fait, ces théories semblent mal expliquées, le fait que la plupart des lipomes apparaissent après trente ans.

D'autres auteurs incriminent un processus réactionnel.

Pour Chevassu, c'est une réaction vis-à-vis d'une infection apportée par les vaisseaux. Deux arguments sont cités par cet auteur, en faveur de cette idée :

- d'une part, la fréquence relative d'une fièvre rencontrée parfois dans des cas de lipomes dont la bénignité ne fait pas de doute.

- d'autre part, la constatation faite à propos d'une observation, de signes histologiques : il s'agissait d'un fibrolipome bénin, mais où l'état des vaisseaux, fait de lésions d'endartérite et de périartérite s'accompagnait d'une abondante infiltration leucocytaire. L'auteur se demandait si "le processus fibro-lipomateux n'est pas une sorte de processus de défense vis-à-vis d'un élément d'infection transporté par voie vasculaire".

Brocq s'appuyant sur la coexistence sur la même pièce d'un lipome pur et d'un myxo-sarcome suppose : la véritable tumeur paraît être le myxo-sarcome, tandis que le lipome ne représenterait qu'une réaction de voisinage.

Ces deux théories émises ont été rapportées par Tubiana. Mais cette réaction de voisinage semble devoir être étendue dans le cas des cancers épithéliaux.

A l'appui de ce concept, Papin signale le cas d'un lipome rétro-péritonéal récidivant, ayant fait découvrir un cancer du rein. Ce lipome a pris un "développement impressionnant bien différent de celui de fibro-lipomatose de l'atmosphère périrénale habituelle dans les affections rénales". On peut d'ailleurs rapprocher de ces cas les réactions scléro-lipomateuses fréquemment rencontrées dans les cancers du rectum et du colon sigmoïde.

En réalité, mises à part quelques observations privilégiées, (en particulier, celles rapportées par Brocq et par Papin), cette théorie ne peut expliquer qu'un petit nombre de cas. Et nous pouvons dire avec Bernard que dans les "cancers digestifs il y a une dégénérescence adipeuse in situ des cellules conjonctives, tandis que dans la lipomatose, il y a un développement du tissu adipeux par apport de cellules graisseuses".

S'agit-il d'un trouble métabolique lipidique ?

Bernard chez un sujet atteint d'un lipome rétro-péritonéal calcifié a recherché des modifications humorales, en prélevant du sang à jeun et deux heures après un repas composé de protéines, lipides et glucides. Il a dosé tous les constituants sanguins et pratiqué un protidogramme, un glucidogramme et un lipidogramme. Cet auteur a constaté une absence d'hyperlipémie post-prandiale "ce fait peut-il être incriminé comme étant la cause d'une lipomatose ?" abdominale et rétro-péritonéale."

S'agit-il d'un trouble du système neuro-végétatif ? Bernard signale encore l'expérience de Clément. Ce dernier "sectionne chez un cobaye les nerfs qui vont à la graisse périrénale, d'un côté. Il provoque ensuite l'amaigrissement de l'animal par le jeûne ou par des injections d'extract enté-hypophysaire et constate que les cellules de la graisse périrénale restent chargées de lipides du côté seulement où les nerfs ont été sectionnés. La réduction des graisses qui constitue l'amaigrissement ne se produit donc pas lorsque le système nerveux est altéré".

L'observation rapportée par Bernard, montre que le malade présentait un léger trouble de la sensibilité superficielle, à type d'hyperesthésie, et profonde, sans aucun autre trouble neurologique, et l'auteur se demande si la "persistance de troubles neuro-végétatifs ne pourrait pas expliquer la récurrence parfois lointaine des lipomes rétro-péritonéaux".

D'autres arguments semblent appuyer cette théorie du dérèglement neuro-végétatif dans la genèse des tumeurs graisseuses :

- La fréquence bien plus grande des lipomes observés chez la femme, beaucoup plus sujette que l'homme aux perturbations neuro-végétatives.

- Certaines lipomatoses bilatérales ont une disposition métamérique.

- Le fait voisin observé par Sicard et Lora qui ont observé au niveau de l'articulation sacro-iliaque des tumeurs formées de graisse et d'une quantité importante de fibres nerveuses. Dans ces cas, il semble y avoir participation du système neuro-végétatif.

- Mais un argument contre cette théorie semble le fait suivant aucun cas d'adiposite lombo-abdominale n'a été signalé dans les ganglionnectomies dorso-lombaires (pour hypertension,

dolichocolon et megacolon)".

En conclusion, plusieurs facteurs étiologiques semblent devoir être incriminés dans la genèse des lipomes.

oOo

CLINIQUE

Selon PROUST et TREVES (89 observations observées) le lipome rétro-péritonéal présente trois caractères essentiels :

- son volume considérable
- son accroissement progressif
- son indolence

Le début de l'affection est difficile à préciser. Dans 28 cas, on n'a pas pu savoir où le lipome était apparu tout d'abord. Le point de départ n'avait été noté que dans 19 observations (Proust et Trèves).

C'est le plus souvent la constatation par le malade d'une augmentation de volume de l'abdomen qui le fait consulter (25 fois sur 43 cas rapportés par DE WEERD et DOCKERTY). Dans 3 cas, c'est le médecin qui avait découvert lors d'un examen une tumeur abdominale (comme chez notre malade). Parmi ces 28 malades seulement 6 avaient constaté l'augmentation de volume de leur abdomen depuis moins d'un an, cette accroissement se faisant donc d'une façon lente.

Mais contrairement aux notions classiques que nous avons énoncées, selon DE WEERD et DOCKERTY, 11 malades sur 43 ont eu des douleurs abdominales. Celles-ci existaient précocement, étaient de faible intensité, pouvant devenir peu à peu plus importantes, mais toujours modérées. Dans quelques cas, elles peuvent être violentes faisant alors consulter le malade.

18 malades sur 43 souffraient de ce que les auteurs anglo-saxons dénomment "abdominal discomfort". Ces termes comprennent divers troubles fonctionnels digestifs, à type de douleur, lourdeur, pression, indigestion, aigreurs, ballonnement, sensation de plénitude.

Des troubles plus importants du transit intestinal sont assez rares. PROUST et TREVES sur 89 cas ne rapportent qu'un seul cas de constipation, un seul cas de douleurs abdominales très violentes, un cas de difficulté à la déglutition, un cas de cri-

ses répétées de subocclusion, quelques cas d'anorexie.

Les troubles digestifs sont loin d'être les seuls troubles de compression observés.

Les troubles urinaires sont fréquents :

sur 89 cas, une pollakiurie a été observée 5 fois, une difficulté à la miction 4 fois.

sur les 43 cas de WEERD une pollakiurie, une dysurie ont été observées 5 fois.

Des troubles circulatoires ne sont pas rares :

oedèmes des membres inférieurs apparaissant tardivement, dépendant de l'importance du lipome, pouvant atteindre la paroi abdominale (9 fois sur 89).

Une circulation collatérale a été observée 4 fois.

Les troubles respiratoires sont beaucoup plus rares :

dyspnée (7 cas sur 89). Elle est d'apparition tardive, coïncidant avec une augmentation importante de l'abdomen. Son mécanisme est analogue à celui de la dyspnée que l'on rencontrait dans les volumineux kystes de l'ovaire. Dans les observations de PROUST, un seul cas de dyspnée, contemporaine à l'apparition de la tumeur.

Des signes généraux sont fréquents :

faiblesse, lassitude, asthénie sont rencontrées dans 85 % des cas à un moment quelconque de l'évolution de la maladie.

Les auteurs français insistent sur la fréquence d'une température souvent peu élevée (fait qui a été à l'origine d'une théorie étiopathogénique).

L'amaigrissement est un signe de grande valeur. Elle est toujours d'apparition paradoxale coïncidant avec une augmentation du périmètre abdominal (comme dans le cas rapporté par notre observation). PROUST et TREVES le notent 25 fois, alors que l'examen histologique avait montré la totale bénignité du lipome. WEERD et DOCKERTY trouvent chez 16 patients sur 43 une diminution assez notable du tissu adipeux, mais seuls 12 avaient perdu du poids depuis quelques mois.

Les auteurs anciens décrivaient même des états de véritable cachexie. Celle-ci ne se rencontre plus maintenant, excepté à un stade tardif de l'évolution d'un lipome malin.

Cette triade : amaigrissement, cachexie, hyperthermie,

fait penser beaucoup plus à un cancer qu'à un lipome.

L'EXAMEN PHYSIQUE met aisément en évidence l'augmentation circonférentielle de l'abdomen. 10 fois sur 89, celle-ci, mesurée au niveau de l'ombilic, dépassait un mètre. Les plus importants périmètres observés étaient ceux observés par :

- BILROTH : 126 centimètres
- TERRILLON : 126 centimètres
- LOCKWOOD : 130 centimètres.

Mais le record appartient certainement à la malade de Delémater (dont le périmètre n'est d'ailleurs pas rapporté dans l'observation) qui pesait 275 livres.

L'examen physique met en évidence le signe primordial qui déclenchera toutes les investigations nécessaires au diagnostic : la constatation d'une tumeur abdominale, toujours quasiment retrouvée (41 fois sur 43).

Les territoires dans lesquels la tumeur est perçue sont variables : soit dans les lombes, soit dans l'abdomen.

La consistance de la tumeur graisseuse est variable. Selon WEERD les adjectifs de ferme et de dur étaient employés 4 et 5 fois, 5 tumeurs étaient pseudo-kystiques, 3 étaient de consistance molle, 5 de consistance dure, dans 13 autres cas, les caractères n'étaient pas précisés. La tumeur était irrégulière dans 7 cas, dans 8 autres cas sa surface en était lisse. La tumeur était soit mobile, soit fixée dans la même proportion de cas.

Mais en fait, ce qui importe, c'est de constater un contact lombaire. Celui-ci est toujours retrouvé dans les lipomes péri-rénaux. Dans les lipomes développés dans la fosse iliaque, le point de départ postérieur est également facile à mettre en évidence. Au contraire, dans les tumeurs graisseuses infiltrant le mésentère, le contact lombaire disparaît souvent.

La percussion met en évidence la matité de cette tumeur. Il est important de percevoir une bande de sonorité colique barant la tumeur. Ce caractère est également en faveur du siège rétro-péritonéal de la masse. En fait cette bande de sonorité a un siège variable : "en couronne autour du point central où le lipome vient s'appuyer contre la paroi abdominale antérieure, dans ce cas les anses grêles et le gros intestin ont été refoulés dans tous les sens à mesure que la tumeur s'est développée. Si le lipome ne prend pas franchement le contact abdominal antérieur, il subsiste de la sonorité à son niveau. Lorsque, au contraire, sa prise de contact antérieur s'étend, la zone de sonorité recule

pouvant même disparaître" (HARTMANN, cité par PROUST et TREVES). Dans les cas difficiles pour mettre en évidence la sonorité colique, HELBING conseille l'insufflation colique.

Différents signes plus contingents ont été décrits :

- différence de la température cutanée des membres inférieurs, qui serait due à la compression du sympathique (signe de HESSE).

- augmentation des réflexes pilo-moteurs et sudoraux (signe de ZAILEVA, VINOGRADOV) due également à une compression du sympathique.

Importante est la constatation d'un lipome situé dans une autre région du corps. BERNARD a observé l'association d'un lipome rétro-péritonéal et d'un lipome de la fesse gauche chez un de ses malades.

Certains examens de LABORATOIRE sont très intéressants. La numération - formule sanguine montrait dans les 43 observations rapportés par WEERD : une anémie modérée (14 fois), un taux d'hémoglobine compris entre 10 grammes 5 et 12 grammes pour 100 cc de sang ;

les globules blancs étaient normaux, seuls trois malades qui présentaient d'ailleurs un syndrome général franc avec douleurs abdominales aiguës, fièvre, avaient un chiffre de leucocytes égal ou supérieur à dix mille.

un taux d'éosinophilie égal à 15 % était observé chez un des malades, sans raison déterminée.

BETOURNE signale le cas d'une polyglobulie associée à une tumeur rétro-péritonéale, disparaissant après l'ablation de celle-ci. Il ne s'agissait d'ailleurs pas d'un lipome : à notre connaissance, aucun cas d'association polyglobulie-lipome n'a été décrit.

Les examens d'urine (culot, débit-minute d'éléments figurés) sont normaux dans presque tous les cas. Parmi toutes les observations citées, seul un petit nombre de malades avait une pyurie et une hématurie occasionnelles, sans que la moindre coïncidence entre ces faits et la tumeur rétro-péritonéale puisse être démontrée.

CHEZ LES ENFANTS, la tumeur, du fait du terrain sur lequel elle évolue, présente des caractères cliniques un peu particuliers.

Pour cette étude nous considérerons les neuf observations citées par HARVARD.

- la première observation connue est celle de LAUWERS en 1891. Les signes cliniques étaient une distension abdominale et une circulation veineuse collatérale.

- DALZIEL cite le cas d'une petite fille âgée de huit ans, présentant le tableau d'une obstruction intestinale avec vomissements et constipation.

- Un autre cas rapporté par KAY est l'observation d'un lipome survenant chez un garçon de quatre ans dont la maladie s'est révélée par une douleur abdominale brutale et une rétention aiguë d'urine.

- Dans une observation de WAUTRIN, le tableau clinique était celui d'une distension abdominale avec circulation veineuse superficielle, et constipation.

- KRETSCHMER cite la seule observation connue jusqu'alors (1940) d'un lipome rétro-péritonéal malin, et dont la clinique était faite d'anorexie, d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Dans tous ces cas, les signes de compression mécanique étaient présents et précoces dès le début apparent de la maladie. Nous avons vu que chez les adultes, au contraire ces troubles mécaniques sont rares et tardifs.

- Par contre dans les observations rapportées par BARK, NEUMANN et par HARVARD lui-même, les seuls signes cliniques étaient l'augmentation importante du volume de l'abdomen, à l'exclusion de signes notables de compression.

Si la clinique des lipomes rétro-péritonéaux de l'enfant présente quelques caractères différents de celle de l'adulte, les investigations radiologiques en sont les mêmes.

Pour résumer les caractères cliniques, nous emprunterons à PACK et TOBAH le tableau suivant ; en fait, il s'agit d'une statistique globale comprenant 120 cas de tumeurs rétro-péritonéales, leur nature histologique n'entrant pas en ligne de compte.

SYMPTOMES INITIAUX DES TUMEURS
RETRO-PERITONEALES

ooooOoooo

Symptômes initiaux.	Nombre de patients.	Fréquence des symptômes.
Nombre de patients	120	
Douleur abdominale	61	50,8
Masse abdominale ou augmentation du vo- lume de l'abdomen	37	30,8
Symptômes gastro- intestinaux	24	20
Douleurs lombaires	8	6,7
Douleurs ou gonflement des membres inférieurs	8	6,7
Symptômes génitaux- urinaires	3	2,5
Perte de poids	3	2,5
Pesanteur périnéale	2	1,7
Fièvre	1	0,8

RADIO

Les examens radiologiques sont le temps capital des épreuves complémentaires.

Parmi celles-ci, la radio sans préparation. Les lipomes ne sont pas visibles. Au contraire, il existe une relative radio-transparence de la zone correspondant à la tumeur.

Windholz prenant l'eau comme ayant un coefficient d'absorption égal à 1 calcula que le coefficient d'absorption du tissu adipeux était de 0,486. Plus la tumeur est volumineuse, plus elle est radio-transparente.

Les lipomes ne sont pas visibles dans deux cas :

- lorsque le stroma contient une telle quantité d'eau que son coefficient d'absorption devient sensiblement égal à 1.

- lorsque le tissu fibreux des tumeurs lipomateuses se trouve en grande abondance.

Ce phénomène de radio-transparence permet d'éliminer d'autres tumeurs rétro-péritonéales (ainsi, un kyste, un dysembryome ont une densité supérieure à celle du rein).

Wemeau, Lemaitre, Defrance, Hamon concluent dans l'analyse radiologique d'un lipome étudié par eux en ces termes : " il y a divorce entre le volume de la tumeur révélée cliniquement et radiologiquement (par le rétro-pneumo-péritoine) et entre l'absence d'image tumorale visible sur les clichés standards".

D'autre part, des calcifications peuvent exister dans le lipome (en particulier, un cas publié par Bernard) donnant des opacités de dimensions variables occupant une partie de la tumeur (la zone centrale dans le cas étudié).

Mais insistons sur deux points :

- l'intérêt d'employer des rayons de faible pénétration,
- étant donné le volume souvent important de ces li-

pomes, les clichés standard (36 x 40) peuvent ne pas couvrir la totalité de la tumeur ; d'où la nécessité parfois de pratiquer plusieurs clichés.

LE REPAS BARYTE précise la compression de l'estomac et de l'intestin grêle.

L'estomac peut-être déplacé vers la ligne médiane, sur les côtés, en avant, en bas ou en haut. Le duodénum et l'intestin grêle peuvent pareillement être déplacés.

LE LAVEMENT BARYTE précise les rapports de la tumeur avec le colon. Plusieurs images sont possibles. Le plus souvent les colons ascendant ou descendant sont refoulés soit vers la ligne médiane, soit latéralement.

Dans les tumeurs médianes, le cadre colique entoure la masse centrale.

Très fréquemment, la tumeur déplace en avant le colon.

MAIS EN FAIT C'EST L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DE L'APPAREIL URINAIRE qui a le plus de valeur.

En effet l'anatomie nous apprend l'adhérence étroite des uretères au péritoine pariétal postérieur. Donc toute tumeur déplaçant les uretères en avant ou sur les côtés est de siège rétro-péritonéal.

Mais, ce fait n'est pas constant, dans certains cas, les uretères sont déviés vers la ligne médiane.

L'urographie intraveineuse est l'examen essentiel à cause de sa facilité. Elle est parfois le seul mode d'opacification possible des cavités rénales dans le cas de tumeurs volumineuses comprimant la vessie.

Cependant, les images obtenues ne sont pas toujours parfaites, à cause de l'épaisseur fréquente de la tumeur.

L'urétéro-pyélographie rétrograde fournira des renseignements plus précis, en donnant des images plus contrastées.

Quelle que soit la technique employée, il faut prendre des clichés, non seulement antéro-postérieurs, mais aussi de profil et même en oblique.

Les résultats obtenus sont les suivants : les cavités rénales sont généralement de dimensions normales et contrastent avec le volume de la tumeur perçue. Mais la tumeur peut comprimer les uretères entraînant parfois une hydronéphrose, source d'erreurs de diagnostic.

Dans le même ordre d'idées, les voies excrétrices peuvent être comprimées directement par la tumeur, mais leur contour reste net, différant ainsi d'une tumeur rénale oblitérant ou fragmentant les calices.

En fait, les résultats les plus fréquemment obtenus sont : rotation anormale ou déplacement du rein (dans soixante douze, pour cent des cas selon Emmett et Schulte) - déplacement et déviation de l'uretère.

Weerd analysant les images radiologiques obtenues dans dix lipomes a trouvé dans sept cas, soit un déplacement du rein ou de l'uretère, ou des deux, soit une rotation anormale du rein. Dans trois cas, les images obtenues étaient dans les limites de la normale.

En conclusion, dans soixante dix pour cent des cas, on obtient des résultats positifs.

Tandis que les quatre urétéro-pyélographies rétrogrades pratiquées dans les observations rapportées par Weerd, donnaient des aspects permettant d'affirmer le siège rétro-péritonéal de la tumeur.

LE PNEUMOPERITOINE d'abord pratiqué par Cahill et d'autres auteurs pour la découverte de tumeurs rénale ou surrénalienne, peut être utilisé dans le diagnostic de tumeurs rétro-péritonéales.

Mais ce n'est pas encore un examen de routine exempt de tout danger et il doit être réservé dans les cas difficiles.

Alvarez emploie à la place de l'air le gaz carbonique, plus rapidement absorbé.

LE RETRO-PNEUMOPERITOINE (Ruiz, Rivas) est très utile, car infiltrant les plans de clivage rétro-péritonéaux, il sépare la tumeur des autres organes de voisinage (reins, surrénales)

Il est intéressant d'employer des coupes tomographiques.

Albertis a proposé d'utiliser la stratigraphie axiale transversale associée au rétro-pneumopéritoine pour constater le développement réel et la localisation exacte d'une néoformation rétro-

péritonéale.

L'AORTOGRAPHIE rend des services appréciables pour éliminer des tumeurs rénale ou surrénalienne, telles que cancer, kyste, hydronévrose, et un anévrisme de l'aorte.

Le lipome peut prendre une importance telle qu'il déplace parfois l'aorte elle-même ou plusieurs de ses branches les plus importantes.

Campos Freire rapporte le cas d'un volumineux lipome rétro-péritonéal, refoulant le rein droit dans le flanc gauche, si bien que cette transposition rénale simulait une ectopie rénale croisée. Seule l'aortographie a pu faire le diagnostic en montrant une artère rénale droite normale, mais refoulée vers la gauche et le bas.

LA CAVOGRAPHIE est précieuse dans les cas de tumeurs comprimant, obstruant ou déplaçant la veine cave inférieure.

De plus, il est possible, grâce à la cavographie, d'étudier la circulation collatérale. La technique rapportée par Farinas est l'injection du produit de contraste dans la saphène.

Enfin Ferrand et Péliissier, chez un malade porteur d'un lipome, ayant porté par erreur un diagnostic de kyste hydatique, ont pratiqué une spléno-portographie. Cette dernière a mis en évidence un refoulement de toute l'arborisation hépatique droite en haut et à gauche, sans amputation de branche.

De plus, l'aiguille introduite par erreur dans le parenchyme rénal a visualisé le système veineux pédiculaire du rein, et le segment moyen de la veine cave inférieure (il n'y eut d'ailleurs pas de signes ultérieurs de souffrance rénale). Détient-on là un moyen d'investigation radiologique ?

Mais s'il faut souvent combiner les examens radiologiques il est nécessaire, dans tous les cas, de les compléter par des explorations de la fonction rénale.

Les tumeurs para-rénales ne retentissent que peu et toujours tardivement sur le fonctionnement du rein.

Certains auteurs pensent même que la dissociation entre une image pyélo-calicielle déformée et des fonctions rénales satisfaisantes est un argument de poids en faveur d'une tumeur para-rénale. En fait, les exceptions à cet aphorisme ne sont pas rares.

De toute façon, le lipome devant être extirpé, ce qui nécessite parfois le sacrifice du rein, il est essentiel de s'assurer de la valeur fonctionnelle du rein et plus encore de celle du rein opposé.

RECIDIVES DEGENERESCENCES EVOLUTION

Au début, les lipomes étaient considérés comme des tumeurs tout à fait bénignes. Le premier, Virchow, en 1857, décrivit le potentiel malin des tumeurs graisseuses.

Liebermann et Wahrendorf ont trouvé, dans une étude faite entre 1937 et 1947, quinze récides sur 113 lipomes.

Il semble que l'on puisse expliquer la fréquence souvent observée des récides lipomateuses par plusieurs ordres d'idées :

- la fausse récidive qui n'est que le développement continu d'un lipome dont l'extirpation a été incomplète. Le volume souvent important des masses graisseuses explique la fréquence de cette éventualité.

Une observation de Quenu met bien en évidence ce fait. Chez un de ses malades, "la récidive, ou, si l'on veut, cette pseudo récidive s'est produite, non pas en plein flanc, là où siègeait la tumeur primitive, mais au-dessus dans l'hypocondre et au-dessous dans le pelvis, comme si véritablement l'extirpation première avait laissé en place quelques nodules de la grosse tumeur, au niveau de son pôle supérieur et de son pôle inférieur". (Rapporté par Tubiana).

Dans ce cas, il semble s'agir, non pas d'une récidive vraie, mais selon Delarue "d'évolution persévérante", succédant à une exérèse incomplète.

- le lipome pouvant être parfois une réaction vis-à-vis d'un cancer du voisinage ou d'un élément infectieux, il est certain qu'en l'absence d'un traitement étiologique, des récides surviendront.

- les récides ne seraient qu'une dégénérescence. Les tumeurs mésenchymateuses bénignes semblent parfois des sarcomes en puissance. Le sarcome peut survenir au niveau de la tumeur comme au niveau de n'importe quel autre tissu conjonctif ; mais il semble qu'au niveau des tumeurs mésenchymateuses pri-

mitives rétro-péritonéales, cette apparition sarcomateuse soit moins exceptionnelle qu'ailleurs.

Une observation rapportée par Llosa Jaroslavky est particulièrement caractéristique : il s'agit d'une malade opérée d'un lipome ; trois récidives vont survenir en 26 mois et lors de la quatrième réintervention, l'examen histologique affirme qu'il s'agit d'une tumeur infiltrante avec des caractères de malignité : c'est un lipo-myxo-sarcome, alors que l'histologie après la première intervention, avait montré qu'il s'agissait d'un tissu graisseux constitué de lipoblastes bénins. Dans ce cas, la tumeur présentait une véritable évolutivité, et les récidives semblent être des sarcomes.

- Une restriction importante semble de mise. En effet, les tumeurs graisseuses présentent le plus souvent un volume important et pour affirmer la bénignité première de celles-ci, il faut pratiquer un examen anatomo-pathologique de la pièce entière. Farbmann trouva une dégénérescence sarcomateuse dans 47 % des cas étudiés dans ses observations, entre 1937 et 1947, alors que Liebermann et Wahlendorf trouvèrent simplement 12 % d'évolutions sarcomateuses dans une étude faite en 1921.

Cet auteur fit donc remarquer l'augmentation de fréquence des évolutions malignes. Il est maintenant admis qu'un grand nombre de lipomes d'apparence bénigne possède des flots de dégénérescence dès la première coupe, mais que seul un examen histologique très soigneux et très complet peut découvrir. Boyd pense que si la totalité du lipome était examinée, des foyers sarcomateux seraient en fait découverts dans la plupart des cas. Dans le même ordre d'idées, Stout est d'avis que rarement les lipomes bénins deviennent malins, mais qu'il s'agissait de liposarcomes d'emblée à évolution maligne (propos rapportés par Pack et Tabah).

En conclusion, insistons une fois encore sur l'intérêt d'examiner la totalité de la pièce opératoire, si cela est possible, avant d'affirmer la bénignité d'une tumeur graisseuse. Les statistiques modernes semblent aller dans ce sens : De Weerd et Dockerty ont trouvé 28 tumeurs malignes (sur 43 cas), dès le premier examen histologique.

- en quelques mots, disons qu'il faut être toujours réservé quant au pronostic à plus ou moins longue échéance des lipomes.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic pré-opératoire exact est très difficile. Il faut d'abord éliminer la maladie de WHIPPLE. Elle réalise une lipodystrophie intestinale ; les dépôts de graisse et de cristaux d'acides gras peuvent siéger non seulement dans les tuniques de l'intestin, mais aussi dans le mésentère. Elle atteint l'homme surtout, de la cinquantaine. Les signes cliniques en sont : diarrhée avec stéatorrhée, asthénie, amaigrissement. L'examen peut retrouver une sensation d'empatement abdominal, des ganglions mésentériques parfois palpables.

Le premier souci est d'éliminer les tumeurs à point de départ intra-péritonéal ou péritonéal. Les erreurs les plus fréquemment rencontrées sont toutes les tumeurs de l'ovaire et en particulier un kyste, les tumeurs hépatiques à évolution basse ou postérieure, surtout le kyste hydatique. Lavement et repas barytés permettent d'éliminer les tumeurs coliques ou intestinales. Les tumeurs de l'estomac ne posent guère de problèmes. Les tumeurs spléniques volumineuses peuvent donner le contact lombaire. Les tumeurs du mésentère, les kystes entéroïdes posent des problèmes très difficiles. Dans plusieurs observations le diagnostic d'ascite avait été porté par erreur.

Les tumeurs rétro-péritonéales qui ne sont pas primitives sont très difficiles à éliminer.

On pourra reconnaître parfois une tumeur pancréatique grâce à ses signes radiologiques et biologiques éventuelles.

Une hydronéphrose, un cancer et toutes les tumeurs du rein seront éliminés par le fait suivant : les lipomes donnent un refoulement urétéo-rénal contrastant avec un bassinet et une fonction rénale intègre. Le rétro-pneumo-péritoine pourra dans certains cas visualiser une tumeur nettement séparée du rein.

Les tumeurs rétro-péritonéales primitives encore appelées para-néphrétiques doivent être différenciées entre elles.

Le caractère fluctuant d'une tumeur fait penser, chez la femme à un kyste wolffien.

Des images d'ossification, une prolanurie élevée, évoqueront chez l'adolescent un tératome.

Une tumeur ganglionnaire posera un problème quasi-insoluble, sauf si parfois elle est secondaire et que son point de départ est connu.

Les tumeurs nerveuses sont très fréquentes. Elles comprennent (Tubiana):

- Les tumeurs des nerfs périphériques de la région encore appelée neurinome, schwannome gliome. Elles sont le plus souvent bénignes. Il existe par contre, d'authentiques gliomes malins qui récidivent le long du trajet du nerf après extirpation. Les gliomes sont généralement des tumeurs solides, mais ils peuvent subir des remaniements kystiques, dans certains cas ils s'accompagnent d'hypertension. Le mécanisme de l'hypertension de ces gliomes semble différent de celui des para-gliomes sur rénaux où les perturbations vasculaires sont en rapport avec la teneur adrénalinogène de la tumeur.

- Les sympathomes sont le plus souvent des tumeurs malignes métastatiques. Ils seront parfois éliminés par leurs calcifications homogènes, inorganisées.

- Les ganglio-neuromes sont des tumeurs bénignes survenant chez des individus jeunes, de sexe féminin surtout.

- Une tumeur ganglionnaire pourra être éliminée si elle est secondaire et si son point de départ est connu.

Les autres tumeurs mésenchymateuses sont de diagnostic pratiquement impossible.

- Les fibromes sont de volume généralement discret. Leur pronostic est bon, les récidives sont rares, mais elles sont parfois difficilement clivables. En fait, nous avons vu que du tissu fibreux se trouvait fréquemment dans un lipome en plus ou moins grande quantité, et il s'agira souvent de tumeurs mésenchymateuses à prédominance fibromateuse ou à prédominance lipomateuse.

- Les myxomes purs sont exceptionnels. Nous avons vu également que du tissu myxomateux se trouvait dans un assez grand nombre de cas dans les tumeurs graisseuses. Il semble qu'une grande abondance de tissu myxomateux dans ces tumeurs doive faire porter un pronostic plus réservé, car la tendance à la récidive et à la dégénérescence sarcomateuse est grande.

- Les lymphangiomes rétro-péritonéaux sont peu fréquents et présentent souvent un aspect kystique.

- Les léiomyomes ont été rarement constatés (Golden et Stout en rapportent 8 cas, selon Tubiana). Leur dégénérescence maligne est fréquente.

Seule l'histologie permettra de différencier un liposarcome des autres tumeurs mésenchymateuses malignes (lymphosarcome, fibro-sarcome).

En conclusion, il faut avouer que, malgré la multiplication des moyens d'investigation radiologique, le diagnostic exact de lipome rétro-péritonéal est assez rarement fait.

L'intervention, l'examen histologique redresseront les erreurs diagnostiques.

oOo

TRAITEMENT

Le traitement est chirurgical : c'est l'ablation de la tumeur. Un premier problème va se poser : c'est la voie d'abord qu'il faudra employer.

L'abord extra-péritonéal diminue les dangers de choc et d'ensemencement péritonéal. Cependant LECENE reprochait à la voie lombaire, même élargie avec resection de la douzième cote, de donner un jour étroit permettant mal la recherche des noyaux tumoraux aberrants.

La voie trans-péritonéale est la plus employée, l'incision étant médiane ou paramédiane.

Après ouverture certains auteurs ont incisé le péritoine pariétal postérieur à l'endroit où la tumeur était la plus saillante, mais on risque de léser les vaisseaux des mésos. C'est là le véritable danger des tumeurs graisseuses volumineuses, où l'on pourrait être amené à sectionner et à lier des vaisseaux coliques, ce qui pourrait entraîner des sphacèles au niveau des colons. LECENE conseillait d'amorcer le clivage sur le bord externe du colon qu'on récline en dedans, vers la ligne médiane, avec son méso.

La libération de la tumeur est souvent difficile, de nombreuses blessures sont possibles, variables avec la situation du lipome (nous avons vu les multiples adhérences que peut contacter la masse lipomateuse). Mais l'organe le plus menacé est le rein. Remarquons d'ailleurs que les néphrectomies sont d'autant plus fréquentes que les statistiques sont plus anciennes. (LECENE en rapporte 48 sur 96 interventions - d'après BARCAT). Le rein doit être respecté à chaque fois que cela est possible, en sachant qu'il est souvent englobé dans le lipome et difficile à repérer. LECENE et CHEVASSU conseillent de repérer le pédicule rénal et l'uretère, pour ne pas risquer de sectionner celui-ci d'emblée. En fait dans les tumeurs lipomateuses il est souvent possible de trouver des bons plans de clivage et d'enlever ainsi la tumeur, sans néphrectomie.

Il est important de pratiquer une ablation totale faite en

bloc de la tumeur.

Dans tous les cas cette intervention doit être suivie d'une révision soigneuse de tout l'espace, car on connaît la fréquence des tumeurs multiples, parfois de petits volumes, difficiles à repérer.

La radiothérapie n'agit guère sur les lipomes ; cependant elle est très utile dans le cas de liposacromes, car un grand nombre de ceux-ci est radiosensible. La radiothérapie est particulièrement justifiée dans les liposarcomes inopérables. Elle donne également de bons résultats lorsqu'elle est pratiquée en post-opératoire et lors des récidives (d'après PACK et TABAH)

Malgré les progrès de la technique opératoire, de l'anesthésie et des soins pré et post-opératoires, l'intervention reste grave à cause du caractère étendu des lésions. Il est évident que la mortalité opératoire et la période de survie varient suivant le caractère bénin ou malin de la tumeur. D'après les statistiques de DE WEERD (série de 43 cas dont 28 de liposarcomes) la mortalité opératoire fut de 14 % (6 morts sur 43). Nous emprunterons d'ailleurs à cet auteur le tableau exprimant les RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS LIPOMATEUSES RETRO-PERITONEALES BENIGNES ET MALIGNES.

CORDIER, QUENU et MICHAUX, à propos d'un lipome rétro-péritonéal pesant 21 kilos, analysent les suites opératoires qui furent très troublées : - accidents cardio-pulmonaires survenant immédiatement après l'intervention à type de dyspnée, pâleur, angoisse, veines jugulaires battantes, tachycardie, sans baisse notable de la tension artérielle. L'ablation du bandage du corps améliora l'état du malade en permettant une ampliation pulmonaire normale. Les signes de défaillance cardiaque cédèrent en deux jours après traitement tonocardiaque. Ces auteurs expliquèrent ces accidents par une brutale modification de la capacité thoracique (d'ailleurs constatée par la comparaison d'un cliché pulmonaire fait avant et après l'intervention). "Les changements de volume et de pression dans l'aire pulmonaire ont été probablement très importants tout au moins suffisants pour troubler la dynamique vasculaire".

Ces mêmes auteurs ne trouvèrent pas dans la littérature d'accidents de décompression de ce genre survenus après l'ablation d'un lipome rétro-péritonéal. Ces défaillances cardiaques bru-

Durée de la survie (en années)

	Morts à l'hôpital		moins de 5		de 5 à 9		10 à 14		15 à 19		20 et +		non suivi	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Procédés Chirurgicaux	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Ablation complète	1	2	1	16	2	3	1	2	2	3			1	34
Ablation partielle	1	1	1	1										4
Biopsie seule	1		1	2			1							5
Totaux :	3	3	3	19	2	3	2	2	2	3	-		1	43

B = bénin
M = malin.

tales, survenant après l'ablation de volumineux kystes de l'ovaire sont classiques et de gravité proportionnelle à la taille des tumeurs extirpées.

- survenue d'un hocquet pendant et après l'intervention dû également à la compression du diaphragme.

- survenue d'un iléus paralytique "expliqué par des raisons mixtes, infectieuses et mécaniques (adhérence d'anses)" s'accompagnant d'une atonie pariétale importante pendant plusieurs jours.

En conclusion, le traitement des lipomes est avant tout chirurgical, en sachant que l'intervention sera souvent difficile, les suites opératoires parfois troublées. Le pronostic lointain est sous la dépendance des récidives fréquentes.

ooooooooOoooooooo

CONCLUSION

Les lipomes sont "des tumeurs de nature conjonctive dont la masse principale est formée de graisse", prenant naissance en arrière du péritoine pariétal postérieur, pouvant atteindre des dimensions impressionnantes.

C'est une affection relativement rare, surtout connue par la publication de cas isolés, atteignant principalement la femme à l'âge adulte. Son étiologie reste encore inconnue malgré les nombreuses hypothèses avancées.

Ces tumeurs se développent sans bruit, ne s'accompagnant le plus souvent que d'une sensation de "malaise abdominal" et d'une asthénie. Les troubles de compression sont rares et tardifs.

L'examen physique permet d'analyser les caractères de cette tumeur, lesquels sont variables. Importante est la constatation d'un contact lombaire.

Les examens biologiques sont de peu d'utilité.

Parmi les nombreuses investigations radiologiques proposées, c'est l'urographie intra-veineuse qui fournira les éléments les plus positifs, en affirmant le siège rétropéritonéal de la tumeur (confirmé par le rétro-pneumo-péritoine).

Il faut avouer que le diagnostic de lipome rétro-péritonéal est rarement affirmé avec certitude.

Plus de la moitié des lipomes sont des tumeurs malignes (liposarcomes). Ce fait explique en grande partie la fréquence des récidives, mais il n'est pas toujours facile d'affirmer si le caractère malin existait d'emblée, ou s'il s'est produit une dégénérescence sarcomateuse secondaire, alors que la masse graisseuse semblait bénigne au premier examen histologique. Le pronostic lointain doit toujours être réservé.

Le traitement est essentiellement chirurgical : c'est l'ablation de la totalité de la tumeur. Cette exérèse sera parfois mutilante pour les organes du voisinage (en particulier le rein) à cause des adhérences possibles.

En résumé, la bénignité classique des lipomes semble contredite par les observations plus récentes.

ooooOoooo

Vu, le Président de Thèse :

' Prof. BARIETY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Prof. L. BINET

Vu et Permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIS P., GANDOLFO E.

Etude stratigraphique des néoformations abdominales.

Radiologia Medica, avril 60, 46, N°4, 321-340.

BARCAT J.

Les tumeurs rétro-péritonéales dites para-néphrétiques.

La Presse Médicale, 1956, 64, p.833, ibidem p. 9II

BERNARD A., COURTY L., GOULLIAUD (Melle)

Volumineux lipome rétro-péritonéal avec calcification.

Arch. Mal. App. Dig. Juillet/Août 56, 45, N°7-8, 74-79.

BETOURNE Cl., GODEAU P., GARNIER H., ANTEBI L.,
DELAUNAY F. & SIGUIER F.

Polyglobulie et tumeur rétro-péritonéale

B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 2-9 déc. 60, 76

CAMPOS FREIRE G.

Right Kidney Transposition to the left side by a retro-peritoneal lipoma simulating crossed kidney ectopy

Urologia Inter., 1957, Vol. 4, N°1, 2-8

CORDIER G., QUENU L., MICHAUX G.

A propos d'une intervention pour lipome rétro-péritonéal

La Presse Médicale, 1959, 67, p. 367-369

DE WEERD J.H., DOCKERTY M.B.

Lipomatous retro-peritoneal tumors

The Amer. Journal of Surg., Oct. 52, vol 84, N°4, p.397-407

FERRAND J., PELLISSIER G.

Lipome rétro-péritonéal
Afrique Franç. Chir, Jan/Fév. 56, 14, N°1,
38-41.

GRAFF U.

Das retroperitoneal lipom
Zentral. für Chir., 3 nov. 56, N°4, 2296, 2302

HARVARD B.M.

Retro-peritoneal lipoma in children
Journ. of. Urol., août 53, vol. 70, N°2
158-163

LECENE

Les tumeurs solides paranéphrétiques
Rap. du 18° Congrès de Chir., Paris, 1919,
533-602

LLOSA JAROSLAVSKY, YOFFRE M.

Lipoma retro-peritoneal
Semana Med., Juillet 55, 107

PAPIN

Cancer du rein ayant évolué sous le masque
d'un lipome
J. Med. Bordeaux, Oct. 48, 125, N°10, p.480

PACK G.T., TABAH E.J.

Primary retro-peritoneal tumors:120 cas
Surg. Gynec. & Obst. Sept.54, Vol.99, N°3,
209-231

PATEL J., TUBIANA R.

Annales d'Anatomie Pathologique
1947, 17, N°4, p.329-389

PROUST, TREVES

Lipomes rétro-péritonéaux
Revue de Gynéc. & de Chir. Abd. Janv. 08, p.97

REGAN

Retro-peritoneal Lipoma
Ann. Of Surg., Janv. 43, 117, N°1, 110-117

TUBIANA R.

Les tumeurs primitives rétro-péritonéales
Act. Chir., 1949, Doin Ed., p. 365

VASILJEVIC

Lipome sous-péritonéal extériorisé par le
triangle de J.L. Petit
J. de Chir., juin/juillet 59, 78.

WEMEAU L., LEMAITRE G., DEFRANCE G., HAMON G.

Le diagnostic radiologique du lipome rétro-péri-
tonéal
J. de Radiol. et d'électrol., nov/déc. 57, 38,
n° 11-12, 115-117

WIRTH H.

Sur les tumeurs rétro-péritonéales
Inaug. Diss. Dokt. Med. Basel 1952 Lörrach,
buchdruck, Karl Schahl (1958)



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante

PARIS-Ve

Telephone : ODÉon 58-90